

食品営業許可の廃業証明願

年 月 日

夷 隅 保 健 所 長 様

住所

氏名

(法人にあつては名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

下記のとおり食品営業許可を取得していたことを証明願います。

記

1 営業の種類	
2 営業所の名称・ 屋号又は商号	
3 営業所所在地	
4 過去に交付を受けていた許可の番号 及びその年月日	第 年 月 日
5 許可の有効期限	年 月 日
6 廃業届出日	年 月 日